
COSTA RICA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Costa Rica tiene una superficie de 51.100 km² y una población de 3,36 millones de habitantes (1995). Administrativamente está dividida en 7 provincias y 81 cantones y, a efectos de planificación, en 9 regiones. El país ha tenido un crecimiento económico sostenido, estabilidad del sistema político y un período de 49 años sin ejército, y ha logrado así avances significativos en el plano social.

La crisis económica de los años ochenta obligó a reformular el modelo de desarrollo, que en la presente década se enfocó al estímulo de las exportaciones, la actividad turística y la modernización de las instituciones del Estado. En 1994 el producto interno bruto (PIB) fue de US\$ 2.150 por habitante y creció 4,7% en 1995. La deuda pública externa a finales de 1995 ascendía a US\$ 3.255 millones. El servicio de la deuda como porcentaje del PIB disminuyó ligeramente respecto al decenio anterior. En 1995 la deuda externa fue equivalente a 37,5% del PIB, muy por debajo del promedio del último decenio, 67%, lo que reduce la vulnerabilidad de la economía frente al endeudamiento exterior.

La deuda interna del país se duplicó en el período 1992–1995, hasta 38,5% del PIB en 1995. La deuda interna equivalía a 40% de la deuda externa en 1992 y a 82% en 1995. Esta situación ha generado cambios en el funcionamiento del Estado y ha estimulado la reducción del gasto público. El déficit fiscal, 7% del PIB en 1994, fue solo 5% del PIB en 1995. A pesar de estas políticas, se observó un incremento en la inversión social por parte del Estado en las áreas de educación, salud y asistencia social, con valores que oscilaron entre 4,5% y 8%.

Se estima que 14,7% de los hogares se hallaban en 1995 en condiciones de pobreza material, sin ingresos suficientes para cubrir el costo de la canasta básica, alimentaria y no alimentaria. En 1989 esa proporción fue 21,9%. Aproximadamente 80% de los hogares pobres se hallan en la zona rural. Las re-

giones Brunca y Chorotega son las más pobres, con 36% y 33% de pobreza, respectivamente. El Estado tiene un plan nacional de lucha contra la pobreza y mecanismos de protección para los pobres (acceso a bienes y servicios, subsidios, vivienda, etc.), habiendo identificado 16 áreas de extrema pobreza, a las que se presta atención prioritaria.

La población económicamente activa (PEA) en 1995 fue de 1,22 millones de personas, de las que 3,8% no tenían instrucción y 13,7% tenían educación universitaria. Las mujeres constituyen 30% de la PEA y los jóvenes de 12 a 19 años 13%; en la población de 5 a 17 años 13% trabajan y 34% de este grupo no recibe remuneración alguna por su trabajo. El desempleo abierto llegó a 5,2% en 1995 y afecta con más fuerza a los niveles educativos más bajos, a los jóvenes y a los mayores. Entre los pobres llega a 10,9% y a 12,5% entre la población en pobreza extrema; 36% del desempleo abierto corresponde a mujeres. Según los resultados de la encuesta de hogares de 1995, el quintil (20%) de familias más pobres recibe 5,5% del ingreso total, mientras que el quintil de familias más ricas percibe alrededor de 49,1% del ingreso.

La economía costarricense ha sido siempre dependiente del uso de recursos naturales. Durante los años ochenta, se perdió anualmente alrededor de 1,5% del PIB como resultado de la destrucción de bosques, la erosión y la explotación insostenible del golfo de Nicoya. No había una política clara de manejo de los recursos naturales. Costa Rica dispone de alrededor de 6% de la biodiversidad del mundo y 25% de su superficie son áreas protegidas. Actualmente cuenta con una estrategia de conservación para el desarrollo sostenible, para enfrentar sus serios problemas ambientales: la contaminación de las aguas y del aire, principalmente en el área metropolitana de San José; los vertidos de residuos sólidos, y la erosión y la destrucción de la reserva boscosa (que cubría 56% del país en 1960 y solo 32% en 1990). Costa Rica es el país centroamericano con mayor consumo de plaguicidas en la última década, alrededor de 4 kg por habitante y por año, lo que representa de 6 a 10 veces el promedio mundial.

En 1991 la disponibilidad alimentaria energética a nivel nacional fue de 2.261 kilocalorías por persona, mayor en el área rural (2.355 kcal) que en la urbana (2.170 kcal); 56% del total energético proviene de arroz, grasas, aceites y azúcares. El arroz y los frijoles, base de la alimentación costarricense, aportan 30% de la energía y 34% de las proteínas consumidas.

A fines de 1995, 99,6% de la población contaba con agua de consumo humano, 95,7% con sistema de alcantarillado o eliminación sanitaria de excretas, y 93% con electricidad (83% de origen hidráulico).

La educación es gratuita y obligatoria durante nueve años y la tasa de analfabetismo es de 7%. En 1994 el analfabetismo en los mayores de 13 años se estimó en 8,8% en la zona rural y en 3,6% en la urbana. Las tasas de escolaridad son muy elevadas y la deserción en los ciclos I y II fue de 4,2% en 1994 y de 5% en 1995, esta última la más alta en décadas recientes. La deserción en la educación media también aumentó en 1995 (16,1%), en relación con 1994 (14,6%), triplicando la deserción en primaria. En 1994, las escuelas públicas de áreas urbanomarginales presentaron una deserción escolar ocho veces mayor que el promedio nacional.

El déficit de viviendas constituye un problema social y en 1994 se estimó en 160.000 unidades. Se consideran “buenas” 75% de las viviendas urbanas y 60% de las rurales; 91% de las viviendas urbanas tienen servicios básicos, frente a 81% de las rurales.

El último censo nacional se realizó en 1984. Según las estimaciones de la Dirección General de Estadística y Censos, la densidad de población en 1995 fue de 65,8 habitantes por km². La tasa de crecimiento anual pasó de 3,0% en 1992 a 2,2% en 1995. Algo más de la tercera parte de la población (34,4%) son menores de 15 años y 4,7% mayores de 65. Las mujeres constituyen 49% de la población y 56,3% de los habitantes viven en zonas rurales.

La inmigración internacional registrada en 1996 fue algo inferior a un cuarto de millón de personas, 66% procedentes de otros países centroamericanos y 51% de Nicaragua. El número de inmigrantes indocumentados, temporales o permanentes es de difícil cuantificación. Esos inmigrantes no siempre acceden a los beneficios sociales disponibles para los nacionales, siendo sus condiciones de vida usualmente inferiores a las del resto de población.

La esperanza de vida al nacer, de 75,2 años en el período 1990–1995, se estima en 75,6 años para el período 1995–2000 (78,1 en mujeres, 73,3 en varones). La tasa global de fecundidad fue de 3,3 hijos por mujer entre 1985 y 1990 y de 3,1 en 1990–1995. La tasa bruta de natalidad fue de 25,4 por 1.000 habitantes en 1992 y de 23,9 por 1.000 en 1995. Se han registrado alrededor de 80.000 nacimientos anuales en los años noventa, con una razón de masculinidad de 1,02.

Mortalidad

La tasa de mortalidad general en 1992 fue de 3,8 por 1.000 habitantes y, en 1995, de 4,2 por 1.000. De las 13.278 defunciones registradas en 1994, 62,9% ocurrieron en personas de 60 y más años y de estas, 57,2% en varones. Las causas de muerte no han sufrido cambios considerables en años recientes. Las cinco principales corresponden a enfermedades crónicas y lesiones no intencionales (“accidentes”). Solo 2,1% de las muertes fueron por causas mal definidas.

La principal causa de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares, con una tasa de 10,5 por 10.000 habitantes en 1990, de 12,6 en 1994 y 12,4 en 1995. La enfermedad isquémica del corazón fue responsable de 47,2% de esas muertes. La segunda causa de muerte fueron los tumores, con una tasa de 7,5 por 10.000 en 1990, 8,1 en 1994 y 8,4 en 1995. En 1994 el cáncer gástrico ocupaba el primer lugar en ambos sexos, siendo el de próstata el segundo en varones y los de mama y cuello uterino, segundo y tercero en mujeres. Las causas externas ocuparon el tercer lugar como causa de mortalidad, con tasas respectivas de 4,4, 4,9 y 5,0 por 10.000 en 1990, 1994 y 1995. Este grupo de causas es el que genera más años potenciales de vida perdidos (APVP), con 21,8% del total de APVP en 1994. Las enfermedades del aparato respiratorio ocuparon en 1995 el cuarto lugar como causa de muerte, con una tasa de 4,6 por 10.000. El quinto correspondió a las enfermedades del aparato digestivo, con una tasa de 2,7 por 10.000.

La tasa de mortalidad infantil fue 15,3 por 1.000 nacidos vivos en 1990 y 13,0 por 1.000 en 1994. En siete cantones la mortalidad infantil excedió de 20 por 1.000 y ocho tuvieron una tasa de 15 a 20 por 1.000. En 1994, 69% de las muertes de menores de 1 año (8,9 por 1.000) ocurrieron en el período neonatal. Las afecciones originadas en el período perinatal son la principal causa de la mortalidad infantil, con una tasa de 6,4 por 1.000, seguidas por las anomalías congénitas, con 3,6 por 1.000.

La mortalidad materna fue baja, variando entre el 15 y 39 por 100.000 nacidos vivos entre 1990 y 1994. Entre sus causas ocupó el primer lugar la eclampsia.

Morbilidad

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) realiza regularmente una encuesta de causas de consulta externa. La última fue en 1992, año en el que hubo 6,13 millones de consultas con un promedio anual de 1,94 consultas por habitante; 64,6% de las consultas fueron de mujeres. Las enfermedades respiratorias ocuparon el primer lugar como causa de consulta, seguidas de las enfermedades hipertensivas. En el grupo de 20 a 44 años la causa principal fueron las enfermedades respiratorias, seguidas de los trastornos dorsales en va-

rones y las enfermedades ginecológicas en mujeres. En mujeres las consultas de control (sin dolencia manifiesta) fueron dos veces más frecuentes que en varones.

En los servicios de urgencias, según una muestra de tres hospitales, uno de ellos nacional, en 1995 las enfermedades respiratorias, los traumatismos, los partos y el asma fueron las causas más frecuentes de consulta.

La CCSS tuvo 297.941 egresos hospitalarios en 1994, de los que 68,4% fueron mujeres. La importancia de los motivos ginecoobstétricos como causa de egreso indica que en el grupo de 15 a 44 años 84% de los egresos fueron mujeres, mientras que en los menores de 15 años 57% de los egresos fueron varones y en los adultos mayores los egresos presentan proporciones similares en ambos sexos. La décima parte de los egresos son urgencias, que plantean alta presión sobre los servicios e implican una atención terminal al proceso patológico.

La cantidad de egresos se ha mantenido en general estable desde 1991. En 1994, los diagnósticos de egreso más frecuentes fueron los ginecoobstétricos, el trauma perineal, las infecciones intestinales, el asma y las hernias. En niños las principales causas fueron las infecciones intestinales agudas, el asma, la amigdalitis crónica y la apendicitis aguda. En adultos de 45 y más años predominan las hospitalizaciones por diabetes mellitus, hernia inguinal, hiperplasia prostática y cardiopatía isquémica.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño preescolar (menor de 5 años)

En 1995 se estimó una población de cerca de 400.000 menores de 5 años, 11,9% del total de población. Se registraron ese año 80.306 nacidos vivos y 1.064 defunciones de menores de 1 año, con una tasa de mortalidad infantil de 13,3 por 1.000 y una mortalidad neonatal de 8,5 por 1.000 nacidos vivos. Las afecciones generadas en el período perinatal fueron la principal causa de muerte de menores de 1 año, con una tasa de 6,5 por 1.000, seguidas por las anomalías congénitas, con 3,7 por 1.000, y las neumopatías, con 1,3 por 1.000. Las enfermedades infecciosas y parasitarias produjeron apenas 4,4% de la mortalidad infantil, con una tasa de 0,6 por 1.000.

En 1994 se registraron en la CCSS 25.772 egresos hospitalarios de menores de 1 año (8,7% del total de egresos) de los que los varones constituyeron 56,2%. Las principales causas de hospitalización consignadas al egreso fueron el alta del recién nacido sano, las ictericias, la infección intestinal y las infecciones respiratorias agudas. En 1992 en la CCSS se atendieron 242.641 consultas de menores de 1 año, 4% del total de

consultas de ese año; 15% de las consultas fueron para control, sin motivo patológico.

Las muertes registradas en el grupo de 1 a 4 años correspondieron en 1995 a 1,3% del total de defunciones, con una tasa de mortalidad de 5,9 por 10.000. Las anomalías congénitas fueron la principal causa de muerte en este grupo, seguidas de cerca por las enfermedades infecciosas y parasitarias y las enfermedades del aparato respiratorio.

La población de 1 a 4 años fue origen de 610.783 consultas, 10% del total, distribuidas casi por igual entre niños y niñas; 7% de las consultas fueron de control. Se registraron 16.801 egresos hospitalarios, 5,6% del total; 41% de estos egresos fueron niñas. En este grupo de edades las principales causas de hospitalización consignadas al egreso fueron la infección intestinal, el asma, la bronconeumonía y la hernia inguinal.

Según estudios nacionales, los menores de 5 años de las zonas urbanas presentan un promedio anual de tres episodios de infección respiratoria aguda, que en las zonas rurales asciende a un promedio de cinco a ocho.

La salud del niño en edad escolar y del adolescente

En 1995 la población de 5 a 9 años constituyó 11,7% del total, la de 10 a 14 años, 10,9%, y la de 15 a 19 años, 9,8%. El grupo de 5 a 14 años contribuyó a 1,6% de la mortalidad general del país y presentó la menor tasa específica de mortalidad, 3 por 10.000. Las principales causas de muerte fueron las externas: traumatismos y envenenamientos. Siguió los tumores y las enfermedades del sistema nervioso.

Se registraron 493.213 consultas de niños de 5 a 9 años, y las principales causas de consulta fueron los problemas respiratorios. Al grupo de 10 a 14 años correspondieron 292.737 consultas, 4,8% del total, y las principales causas de consulta fueron las infecciones agudas de las vías respiratorias altas, seguidas por los trastornos mentales en el sexo masculino y las dermatosis en el femenino; alrededor de 6% de las consultas en este grupo fueron consultas de control. En el grupo de 15 a 19 años se registraron 320.768 consultas, 5,2% del total, 75,4% en mujeres. Las principales causas de consulta de las adolescentes fueron las relacionadas con la menstruación, los trastornos agudos de las vías respiratorias altas, la gastroduodenitis y las complicaciones obstétricas; 15,7% de las consultas del sexo femenino fueron de control, sin trastorno patológico manifiesto. En los varones de este grupo las primeras causas de consulta fueron los trastornos agudos de las vías respiratorias superiores; 5,9% fueron consultas de control.

El grupo de 5 a 9 años contribuyó con 4,4% del total de egresos hospitalarios; 59,9% fueron de varones, entre los cuales el asma fue la principal causa de hospitalización, seguida por la enfermedad crónica de las amígdalas. Esta fue también la primera causa en las niñas, seguida por el asma.

Se registraron 9.176 egresos en la población de 10 a 14 años, 3,1% del total de egresos; 54,5% de los egresos en este grupo fueron varones, en los que las principales causas de internación fueron la apendicitis aguda, la enfermedad crónica de las amígdalas, las anomalías congénitas, la concusión y el asma. En las mujeres la principal causa de hospitalización fue también la apendicitis aguda (8,7% de los egresos) seguida del parto normal (5,5%), la enfermedad crónica de las amígdalas, el parto prematuro y el asma. El parto obstruido fue la séptima causa de hospitalización en este grupo; el aborto no especificado, la décima.

En la población de 15 a 19 años se registraron 25.184 egresos hospitalarios, 8,8% del total; 84,7% de estos egresos correspondieron a mujeres, en las que las causas más frecuentes de hospitalización fueron las ginecoobstétricas: parto normal (33%), prematuro (11%) o distócico (6%), aborto no especificado (5%) y otros (4%).

Los datos de mortalidad para el grupo de 15 a 19 años no se encuentran desglosados, por lo que se presentan en la descripción de la mortalidad de la población adulta.

La salud del adulto

En 1995 la población de 20 a 59 años se estimó en 1,64 millones, 48,8% del total. La de 60 años y más fue estimada en 233.000 personas, 6,9% del total, compuesta por 109.000 hombres y 124.000 mujeres.

La principal causa de muerte en el grupo de 15 a 34 años fueron las causas externas —lesiones traumáticas y envenenamientos—, seguidas por los tumores. En las mujeres la tercera causa fueron las enfermedades cardiovasculares y en los varones, los trastornos endocrinometabólicos e inmunitarios.

En el grupo de 35 a 49 años la principal causa de muerte en las mujeres fueron los tumores, seguidos por las enfermedades cardiovasculares y las causas externas. En los varones las causas externas ocuparon el primer lugar y las enfermedades cardiovasculares el segundo.

En el grupo de 50 a 69 años las principales causas de muerte en las mujeres fueron los tumores y las enfermedades cardiovasculares y de la sangre y los órganos hematopoyéticos. En los varones de 50 a 69 años las causas predominantes de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares, las endocrinometabólicas, los trastornos inmunitarios y las causas externas.

En el grupo de 70 años y más la tasa de mortalidad fue de 644 por 10.000 en las mujeres y de 850 por 10.000 en los varones. Las principales causas de defunción en ambos sexos fueron las enfermedades cardiovasculares, los tumores y las enfermedades del aparato respiratorio.

En 1992 se registraron 3,27 millones de consultas de personas de 20 a 59 años, lo que supone 53% del total, con un promedio de 2 consultas por habitante.

En el grupo de 20 a 44 años, 73% de todas las consultas correspondieron a mujeres que acudieron a consultas de control 15,6% de las veces. Las principales causas de consulta fueron las enfermedades inflamatorias de útero, vagina y vulva, seguidas de las infecciones agudas de las vías respiratorias altas y las complicaciones obstétricas directas. En los varones de 20 a 44 años las consultas de control aportaron 4,7% del total y las principales causas de consulta fueron las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores y las dorsolumbopatías.

En el grupo de 45 a 59 años, siempre según datos de 1992, se atendieron unas 870.000 consultas, 14,2% del total, 69,8% en mujeres. La primera causa de consulta fue la hipertensión. La segunda fue la diabetes en las mujeres y las dorsolumbopatías en los varones; la tercera, los trastornos articulares en las mujeres y la diabetes en los varones. Alrededor de 4,5% del total fueron consultas de control, sin motivo patológico, siendo esta proporción algo mayor (4,9%) en el sexo femenino.

El grupo de 60 años y más generó 14,2% de todas las consultas externas de la CCSS (869.000). El promedio en este grupo fueron 3,7 consultas por habitante y año y 61,4% fueron consultas de mujeres. La hipertensión fue el primer motivo de consulta, seguida por la diabetes mellitus y los trastornos articulares.

Según los datos disponibles de egresos hospitalarios, 48,1% del total en 1994 fueron egresos de personas de 20 a 44 años. De los 143.000 egresos en este grupo, 83,9% fueron mujeres, en las que las 10 primeras causas de hospitalización tuvieron relación con la función reproductiva. El parto normal contribuyó con 21,5% de los egresos, el obstruido, con 8,0% y el prematuro, con 7,3%. En los varones las principales causas de hospitalización fueron la apendicitis aguda y la hernia inguinal, que en conjunto no llegan a aportar ni 10% del total de egresos, lo que da idea de la dispersión de las causas de hospitalización en este subgrupo.

En el grupo de 45 a 59 años se dieron 25.000 egresos, lo que supone 7,1 por cada 100 personas de este grupo y 8,3% del total de egresos; 59,3% fueron egresos de mujeres, en las que los trastornos menstruales fueron la primera causa de hospitalización (5,6%); la segunda fue la colelitiasis (4,9%) y la tercera, la diabetes mellitus (4,5%). En los varones, la diabetes mellitus, la hernia inguinal y la cardiopatía isquémica fueron las tres primeras causas de hospitalización en este grupo, contribuyendo respectivamente con 4,7%, 4,0% y 3,1% del total de egresos.

En el grupo de 60 años y más, la CCSS registró 38.410 egresos, 4,4 por cada 100 personas de este grupo y 12,9% del total. Poco más de la mitad (51%) fueron egresos de varones, en los que las principales causas de hospitalización fueron la hiperplasia prostática (7,2%), la cardiopatía isquémica (5,7%), las cataratas (4,6%) y la neumopatía obstructiva crónica (4,5%). En las mujeres las primeras causas de hospitalización fueron la diabetes mellitus (7,8%), las cataratas (5,6%), la neumopa-

tía obstructiva crónica (4,8%), la cardiopatía isquémica y la fractura del cuello del fémur (3,4%).

Según la encuesta de salud reproductiva de 1993, 75% de las mujeres que tienen relaciones sexuales utilizan métodos anticonceptivos: 28% utilizan métodos modernos; 21% han sido esterilizadas; 16% usan métodos de barrera y 10%, métodos tradicionales. En cuanto a las embarazadas, 75% empiezan el control prenatal durante el primer trimestre de gestación y 97% de los partos son hospitalarios, 56% atendidos por médicos y 41% por enfermeras.

La salud de los trabajadores

Se estima que la cobertura de servicios de salud ocupacional es baja, alrededor de 25% en asalariados y prácticamente cero en el sector informal, que probablemente representa 30% de la población ocupada. Los trabajadores agrícolas, sobre todo los de los sectores productores de banano, melón y arroz, están expuestos a riesgos altos derivados del uso de plaguicidas. En 1995 se registraron 978 casos de intoxicaciones agudas por plaguicidas. Su tendencia es creciente, aunque ello puede deberse en parte a la disminución del subregistro, que se estimó en 43% ese mismo año. Algunos estudios muestran que el riesgo de accidente de las trabajadoras agrícolas es 1,7 veces mayor que el de los trabajadores varones.

La salud de los indígenas

La población indígena representa 1% de la población del país y está distribuida en ocho pueblos (bruncas o borucas, cabécares, teribes o térrabas, bribris, huetares, malekus o guatusos, chorotegas y guaymíes) que integran un total de 35.850 personas. Talamanca, Buenos Aires y Guatuso, zonas de ubicación de estos pueblos, son cantones con elevadas tasas de mortalidad infantil, de natalidad y de mortalidad general en comparación con el promedio nacional, así como con importantes deficiencias de vivienda y servicios básicos, como agua potable y electricidad. En 1995 se tomaron medidas tendientes a disminuir la exclusión social de estos grupos y así se extendió el seguro social y se creó el Departamento de Educación Indígena y el Colegio Técnico en la comunidad de Amubri de Talamanca, de población mayoritariamente indígena.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Las enfermedades infecciosas y parasitarias causaron entre 2,4% y 2,7% del total de muertes registradas entre 1992 y

1995, con una tasa anual de mortalidad de 0,9 a 1,1 por 10.000 habitantes. No generan un volumen importante de servicios de consulta externa; solo figuran como causa importante de hospitalización en menores de 5 años las infecciones intestinales y respiratorias agudas. Sin embargo, en años recientes han resurgido varias enfermedades transmisibles.

Enfermedades transmitidas por vectores. Desde finales de los años ochenta, la malaria se recrudeció hasta llegar a registrarse 6.951 casos en 1992, con un índice parasitario anual (IPA) de 7,9 por 1.000 habitantes. Desde 1991 se observó el desplazamiento de la malaria desde la costa del Pacífico a la región norte y a la costa del Atlántico, coincidiendo con el desarrollo bananero, la deforestación y el desplazamiento migratorio de trabajadores temporales, factores que dificultan el seguimiento y el control de casos. El riesgo de contraer malaria en la región Huetar Atlántica es el triple que en el resto del país. En 1995 se registraron 4.515 casos y, en 1996, 5.480, con un IPA de 4,8 por 1.000. *Plasmodium vivax* fue el agente infeccioso en 99,9% de los casos hasta 1995. Las infecciones causadas por *Plasmodium falciparum* son casos importados (en 1996 se registraron 65 casos). En Costa Rica no se habían registrado muertes por malaria durante más de 20 años, pero en 1996 se registraron dos defunciones en casos por *P. falciparum*.

Desde 1992 se detectó el mosquito *Aedes aegypti* en localidades donde nunca había sido encontrado previamente, como las de la Meseta Central, a altitudes superiores a los 700 m sobre el nivel del mar, incluida el área metropolitana de San José. En 1994 se detectaron índices de infestación hasta de 32,2% en la región Central Sur. Los reservorios más frecuentes son las llantas y, en el verano, los recipientes para almacenar el agua.

A fines de 1993 hubo un brote súbito de dengue con 4.612 casos; en 1994 se notificaron 13.929 casos y, en 1995, 5.135, entre ellos el primer caso de dengue hemorrágico en la región Chorotega. En 1996 se registraron 2.309 casos y las 2 primeras defunciones por dengue. El serotipo circulante con el que se inició la epidemia fue el 1. Se detectaron dos casos con serotipos 2 y 4, que no volvieron a aislarse posteriormente. En 1995 se detectó el serotipo 3 en varias regiones del país; en 1996 su presencia se incrementó, coincidiendo con los casos mortales. La mayoría de los casos se presentaron en áreas de concentración poblacional, en el grupo de 20 a 40 años y en mujeres (42% de los casos en personas dedicadas a ocupaciones domésticas y 17% en estudiantes).

Enfermedades inmunoprevenibles. Una epidemia de sarampión que se inició a finales de 1990 en Guanacaste se extendió posteriormente al resto del país y no remitió hasta diciembre de 1993. En ese período se registraron 9.292 casos y 56 defunciones. Muchos casos correspondieron a adolescentes y adultos jóvenes; sin embargo, la tasa de incidencia y la

letalidad fueron mayores en los menores de 1 año. En 1994 se registraron 103 casos, sin defunciones, y en 1995 se notificaron 250 casos de los cuales 86% se descartaron como casos de sarampión. En 1996 se notificaron 148 casos de los que 84% se descartaron.

En el período 1992–1996 la rubéola presentó una tendencia descendente. Desde 1995 se cuenta con confirmación laboratorial. Ese año se confirmaron 67 casos, 7 por laboratorio y 60 clínicamente. En 1996 se confirmaron 37, 15 por laboratorio. En estos años no se ha presentado ningún caso de rubéola congénita.

Desde 1973 no se han registrado casos de poliomielitis y en 1994 se certificó la erradicación de la circulación del poliovirus salvaje. En el período 1990–1995 no ha habido casos conocidos de difteria. El último caso de tétanos neonatal se notificó en 1988. La incidencia de tos ferina ha sido baja desde 1991 y con tendencia descendente, pasando de 1,1 por 100.000 habitantes en 1992 a 0,2 por 100.000 en 1996, con solo una defunción —en 1995— en todo el período.

Cólera. El cólera se detectó en Costa Rica en enero de 1992, año en que se notificaron 12 casos. En 1996 se registraron 36 casos, 19 de ellos importados. Hasta 1996 fueron notificados 123 casos, 74% importados. Ese año se detectó multi-resistencia antimicrobiana de *V. cholerae* en todos los aislamientos y la primera muerte por cólera. El área más afectada fue la frontera norte. En 1992 el biotipo predominante fue El Tor, serotipo Inaba; el serotipo Ogawa predominó en años posteriores.

Enfermedades crónicas transmisibles. La tuberculosis presentó un aumento importante reciente, con tasas de incidencia de 11,4 por 100.000 en 1992 y 19,0, por 100.000 en 1996. A pesar de este aumento general, la incidencia de meningitis tuberculosa en menores de 5 años es estable y baja. Las regiones Pacífico Central (Puntarenas) y Huetar Atlántica (Limón) son las más afectadas por la tuberculosis. En los varones se diagnostica el doble de casos que en las mujeres. Alrededor de 90% de los casos se presentan en forma de tuberculosis pulmonar. En 1994 se registraron 80 muertes por tuberculosis, lo que significa 25% de todas las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias ese año. En 1995 la tasa nacional de mortalidad por tuberculosis fue de 2,1 por 100.000; en Limón llegó a 7,0 por 100.000. El país no cuenta con registro de pacientes con tuberculosis por cohortes, por lo que no se tienen datos sobre eficacia de tratamiento o eficiencia del programa. Tampoco se dispone de datos sobre la relación entre la tuberculosis y el VIH.

La lepra ya no constituye un problema de salud pública. A finales de 1996 había 158 casos registrados. Sin embargo, los casos se concentran en las regiones Pacífico Central, Huetar Atlántica y Huetar Norte, las tres con prevalencias de más de

1,2 por 10.000. Son multibacilares 78% de los casos, la razón hombres/mujeres es de 2 y los casos en menores de 15 años son excepcionales. En 1996 se detectó discapacidad —principalmente en las manos— en 35% de los casos diagnosticados.

Rabia y otras zoonosis. No se han registrado casos de rabia humana desde hace casi 30 años. El último caso de rabia canina se registró en 1987. Se realizan actividades de vigilancia epidemiológica, vacunación de perros y acciones conjuntas en la frontera norte. No se cuenta con sistemas de notificación y vigilancia eficientes para otras zoonosis.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Los primeros casos de sida conocidos en Costa Rica —en la primera mitad de los años ochenta— ocurrieron en hemofílicos. A partir de 1985 se empezaron a registrar casos en homosexuales y en la presente década apareció la transmisión heterosexual y vertical, que presentan tendencia creciente en los últimos años. La transmisión por vía parenteral nunca fue importante (0,6% de los casos son usuarios de drogas intravenosas y 0,6% tuvieron exposición por transfusión sanguínea). En los últimos años se alcanzó 100% de control de las transfusiones con tamizaje para VIH.

De 94 casos de sida diagnosticados en 1990 se pasó a 207 en 1995. Según datos parciales de 1996 se registraron 202 casos de sida, con una tasa de incidencia de 5,3 por 100.000 y 90,5% de los casos en varones. En los varones el grupo más afectado fue el de homosexuales, con 37,4%, seguido de los heterosexuales, con 20,6%, y los bisexuales, con 19,6%. Desde el comienzo de la epidemia hasta 1996 se registraron en Costa Rica 1.156 casos de sida y 621 defunciones. El período promedio de supervivencia desde el diagnóstico es de 18 a 24 meses.

Se ha observado una reducción progresiva de la notificación de casos de otras enfermedades de transmisión sexual, en especial la gonorrea, cuya incidencia por 100.000 habitantes pasó de 433,8 en 1982 a 123,7 en 1990 y a 68,6 en 1995. La incidencia de sífilis también decreció, de 99,8 por 100.000 en 1983 a 54,3 en 1990 y a 44,7 en 1995. Llama la atención la persistencia de casos de sífilis congénita. En los últimos años se registraron anualmente entre 90 y 150 casos.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. La Encuesta Nacional de Nutrición de 1996 mostró en la población de niños y niñas de 1 a 6 años, según la clasificación de Waterlow, la siguiente distribución: 92% normal; 2% de desnutrición aguda; 5,7% de desnutrición crónica y 0,3% de desnutrición aguda y crónica.

La población preescolar fue evaluada según el índice de masa corporal: 16,4% presentó déficit nutricional y 14,9%, exceso de peso. Las niñas presentaron 16,3% de exceso de peso y los niños, 13,6%. No se observaron diferencias por sexo en la deficiencia nutricional.

La proporción de nacidos con bajo peso fue 6,3% en 1990, 7% en 1994 y 6,1% en 1995.

Pese a los programas de prevención, en 1994 se notificaron 1.292 casos de bocio endémico, 91% en mujeres de las cuales 63% estaban en edad reproductiva.

La diabetes mellitus es la novena causa específica de muerte; en 1994 produjo 258 muertes. Constituye la octava causa de consulta en los varones y la cuarta en las mujeres. En los egresos hospitalarios aparece como cuarta causa de hospitalización; en 1995 se consignó en 4.421 egresos, la mayor parte mujeres.

Enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de defunción en Costa Rica. En 1994 generaron una mortalidad de 12,5 por 10.000 habitantes. El total de defunciones por enfermedad cardiovascular se incrementó entre 1992 y 1994 a un ritmo anual de 4,4%. En 1994 representaron 31% del total de defunciones del país. Junto con los tumores producen la mitad de las muertes. Si a estas se añaden los traumatismos y las enfermedades del aparato respiratorio, se da cuenta de tres de cada cuatro muertes producidas en Costa Rica. Se estima que 15% de la población costarricense mayor de 15 años es hipertensa. En la encuesta de causas de consulta de 1992, la enfermedad hipertensiva ocupó el segundo lugar, tanto en los varones como en las mujeres.

Entre las enfermedades cardiovasculares la principal causa de muerte es la cardiopatía isquémica. Siguen las enfermedades cerebrovasculares y a continuación las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de cardiopatía.

En 1994, la enfermedad isquémica del corazón fue la tercera causa de hospitalización en los varones de 45 a 59 años. En la población de 60 años y más fue la segunda causa en los varones y la cuarta en las mujeres.

Las muertes por enfermedad cardiovascular por lo general se producen a edades relativamente avanzadas, por lo que este grupo ocupa el cuarto lugar como generador de años potenciales de vida perdidos (APVP). Las enfermedades cardiovasculares producen la mitad de APVP que las lesiones inintencionales o "accidentes", grupo que ocupa el primer lugar como causa de APVP.

Tumores malignos. Los tumores malignos son la segunda causa de muerte. En el período 1992–1994 generaron anualmente 8,1 defunciones por 10.000 habitantes, siendo la tercera causa de APVP. Los más frecuentes son los tumores de estómago, pulmón, próstata, mama, cuello de útero y útero.

La tendencia general de la mortalidad por tumores malignos en el período 1985–1995 fue estable, salvo para el cáncer de próstata en los varones, que aumentó, y el de estómago en las mujeres, que disminuyó.

La incidencia de cáncer en el período 1985–1994 fue en general estable, aunque en las mujeres hubo tendencia a la disminución de las localizaciones gástricas, pulmonares, cervicouterinas, hematopoyéticas y reticuloendoteliales, y al aumento del cáncer de mama. En los varones aumentó la incidencia de cáncer de pulmón y próstata y disminuyó la de cáncer de estómago y sistema hematopoyético y reticuloendotelial.

Los tumores constituyeron la sexta causa de hospitalización en el período 1988–1995. Los linfomas, las leucemias y los cánceres de estómago y de aparato genital son los más frecuentes en los egresos hospitalarios masculinos. En las mujeres los cánceres más frecuentes como causa de hospitalización son los del aparato genital, destacando el cáncer de cuello de útero.

Causas externas. Las lesiones no intencionales o "accidentes" (traumatismos y envenenamientos) ocupan el tercer lugar como motivo de defunción. En 1994 produjeron 12,2% de las muertes y 21,8% del total de años potenciales de vida perdidos (APVP), siendo la primera causa de pérdida de vida sana (medida por este indicador combinado de morbimortalidad). La tasa de mortalidad correspondiente fue de 48,9 por 100.000.

En 1994 la mortalidad por accidentes de tráfico alcanzó una tasa de 17,5 por 100.000. La edad promedio de estas muertes fue de 39 años y predominaron las defunciones por colisión entre vehículo de motor y peatón (44%), seguidas por las debidas a colisión entre vehículos. Las lesiones de colisión entre vehículo de motor y peatón fueron responsables de 47,1% de las muertes por causa externa. En 1995 la mayor tasa de mortalidad (9,2 por 10.000) por estas causas se registró en la provincia de Limón, donde las causas externas ocuparon el segundo lugar como causa de muerte.

Los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente provocaron en 1994 un total de 183 muertes, a una edad promedio de 34 años, y 3% del total de APVP; 54% fueron producidas por arma de fuego y 38% por instrumento incisopunzante.

En 1994 el suicidio fue causa de 162 muertes, a una edad promedio de 37 años, provocando 2,5% de los APVP. Las formas más frecuentes de suicidio fueron el envenenamiento (37%), el ahorcamiento (30%) y el disparo con arma de fuego (30%).

Violencia doméstica. El sector salud no posee un registro de los problemas de salud derivados de la violencia doméstica. Se presentan aquí datos parciales, obtenidos de las instituciones gubernamentales que atienden víctimas de esta violencia.

La Delegación de la Mujer, institución judicial del Ministerio de Gobernación, reportó haber atendido en 1994 a 2.299 mujeres víctimas de actos de violencia. En 1995 el número de denuncias ascendió a 5.597 y en mayo de 1996 ya se habían registrado 4.221 denuncias. Este aumento puede tener relación con la existencia desde 1995 de un Plan Nacional contra la Violencia Intrafamiliar y la promulgación de una ley que penaliza las agresiones contra las mujeres. Según la misma fuente, en 1995 y hasta mayo de 1996 se atendieron 715 denuncias de jóvenes de 15 a 20 años que manifestaron haber sido objeto de violencia doméstica.

El Patronato Nacional de la Infancia, organismo gubernamental especializado en la protección infantil, comunicó en el primer trimestre de 1997 haber atendido 24.044 casos de niños y adolescentes. Las principales causas fueron conflictos familiares y conyugales (5.423 casos), abandono (5.639 casos), pensión alimentaria (1.727 casos), depósito administrativo (2.566 casos) y maltrato (3.332 casos, 1.209 correspondientes a maltrato físico, 2.021 a maltrato sexual y 102 a maltrato psicológico).

El Hospital Geriátrico Nacional es el único centro que ha iniciado el registro de la violencia doméstica contra adultos mayores. En 1995–1996 se atendieron 92 casos de abandono, de los que 87 fueron mujeres. En 1997 se aplicó un protocolo de detección de violencia doméstica y se notó un incremento de la detección y atención de casos.

Dentro de la reforma del sector salud se ha introducido el tratamiento de la violencia doméstica como parte del modelo readecuado de atención.

Salud oral. En el último estudio nacional de 1992, en la población de 12 años se halló un índice CPO-D (dientes caridos, perdidos, obturados) de 4,9. Los valores máximo y mínimo fueron los de Limón con un CPO-D de 4,0, y Puntarenas con un CPO-D de 6,0.

Desastres naturales y accidentes industriales. Entre 1992 y 1996, la inestabilidad geológica del país, los fenómenos climáticos y la acción nociva sobre el equilibrio ecológico de la distribución urbano-rural y del desarrollo económico han generado inundaciones, deslizamientos, sismos, erupciones volcánicas y otros desastres. Los declarados emergencia nacional en ese período fueron el sismo de Pejibaye en 1992 y la tormenta tropical Bret en agosto de 1993. En 1995 hubo 32 inundaciones a consecuencia de tormentas o huracanes. En 1996 las inundaciones en Limón y en la zona Sur dejaron un saldo de nueve muertos. Ese mismo año, como consecuencia del huracán César se produjeron inundaciones en el Pacífico Central y Sur, con un total de 451.496 afectados, 4.560 habitantes en albergues y 39 muertos. En octubre de 1996 las inundaciones provocadas por los huracanes Lili y Marco causaron siete muertos en Guanacaste y la zona Norte del país.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La política nacional de salud y el plan estratégico del sector salud para el período 1994–1998 incorporan las políticas sociales del plan nacional de desarrollo. Este señala que “el Estado asumirá un papel central con el objetivo de asegurar condiciones favorables para mejorar la salud y proveer servicios, según los criterios de solidaridad en el financiamiento, equidad en el acceso, universalidad en la cobertura, altos niveles de calidad, oportunidad y agilidad, eficiencia en el uso de los recursos y amabilidad en el trato a los usuarios”.

La reforma del sector salud contempla las siguientes áreas:

1. Rectoría de la salud. El Ministerio de Salud asume la rectoría del sistema nacional de salud, el cual trasciende al sector, con enfoque multisectorial. Sus funciones estratégicas son cuatro: dirección y conducción de la salud; regulación del desarrollo de la salud; vigilancia de la salud, e investigación científica y desarrollo tecnológico.

2. Readecuación del modelo de atención. Se trata de readecuar la atención en el primer nivel para atender apropiada y oportunamente los problemas locales de salud, promover la participación de la comunidad y racionalizar el gasto público. El modelo opera con equipos de atención que brindan una oferta básica de servicios, categorizada en cinco programas de atención integral dirigidos a niños, adolescentes, mujeres, adultos y ancianos.

3. Readecuación del sistema de financiamiento. Comprende: a) el rediseño del modelo de financiamiento; b) la normalización del esquema de contribuciones; c) la eficiencia en la recaudación; d) el desarrollo del sistema para mejorar la asignación y administración de los recursos; e) las opciones de coparticipación privada en la gestión, financiamiento y prestaciones de salud; f) el desarrollo del sistema de costos, estadísticas y evaluaciones económicas, y g) la venta de servicios. Con esta readecuación se espera cumplir los objetivos de eficiencia y sostenibilidad del financiamiento mediante el impulso a la equidad en las cargas y beneficios sociales, el estímulo a la afiliación de cotizantes, la reducción de la evasión y la mayor racionalidad en el uso de recursos, con el establecimiento de controles modernos y eficientes.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

Según un decreto promulgado en 1983 el sector salud está conformado por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Planificación Económica y Política Nacional, el Ministerio de la Presidencia, el Instituto Costarricense de Acueductos y

Alcantarillados, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y la Universidad de Costa Rica. En 1989 se promulgó el decreto sobre el Reglamento General del Sistema Nacional de Salud, el cual amplía el sector a la participación de las municipalidades, los servicios privados, las comunidades y otras universidades.

Los convenios que dan marco a la reforma del sector incluyen el Convenio de Préstamo y Proyecto de Reforma del Sector Salud con el Banco Mundial, de 1993, y la ley de 1994 sobre contrato de préstamo entre el Gobierno de Costa Rica y el BID para financiar la rectoría del Ministerio de Salud y el mejoramiento de la infraestructura física de centros y puestos de salud y la construcción del hospital de Alajuela.

En el marco de la reforma del sector el Ministerio de Salud asume el papel rector, con las funciones estratégicas de dirección, conducción y regulación; la CCSS asume la prestación de servicios. El financiamiento del seguro de enfermedad y maternidad es tripartito, con aportes sobre el salario por parte de los empresarios (9,25%), el Estado (0,25%) y los trabajadores (5,5%). En el caso de los asegurados voluntarios el trabajador aporta 13,25% y el Estado 0,25%. Los indigentes son cubiertos por el Estado. Un pequeño sector de la población utiliza los servicios privados de salud, cuya oferta ha aumentado en los últimos años. No hay datos sobre la demanda o cobertura de los servicios privados. La CCSS debe cubrir 100% de la población. Actualmente 90% de la población está asegurada, el resto está cubierto por el Estado.

El proceso de descentralización se aplica por una parte a un modelo de asignación de recursos financieros para los tres niveles de atención, basado en la separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios, mediante contratos entre el nivel central y los hospitales y áreas de salud. Por otra parte, la desconcentración administrativa implica la creación de áreas de salud con funciones descentralizadas en manejo de recursos humanos, compras y presupuesto.

La participación privada en el sistema nacional de salud está regulada por la Ley General de Salud y por el Reglamento General de Salud, que definen los servicios privados como un componente más del sistema. La regulación de los establecimientos de salud se ha iniciado como proyecto piloto con un proceso de acreditación de maternidades tanto públicas como privadas, según estándares mínimos establecidos por el Ministerio de Salud.

La certificación y el ejercicio de las profesiones sanitarias están reguladas por los colegios profesionales respectivos, creados cada uno de ellos por ley y en los que el Estado delega la función de certificación y vigilancia del ejercicio profesional. En la actualidad hay un debate público sobre la inconstitucionalidad de esta situación y se propone que esta función sea retomada por el Ministerio de Salud como representante del Estado.

Los controles y registros sanitarios para medicamentos, alimentos y sustancias tóxicas peligrosas están a cargo del Departamento de Drogas y Estupefacientes, Controles y Registros, del Ministerio de Salud. La regulación y vigilancia sanitaria, incluida la calidad del aire, suelo, vivienda, seguridad química y residuos peligrosos, está a cargo de la División de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Salud. Estos son aspectos básicos de un programa prioritario de salud pública denominado Programa de Protección y Mejoramiento del Ambiente Humano. El sistema de vigilancia se encuentra en fase de organización y ya se completó la formulación de las normas nacionales de calidad del agua y del reglamento de vertido y reutilización de aguas residuales. Los alimentos están incluidos dentro de este programa. Sin embargo, está en discusión la conformación de un Sistema de Controles y Registros Sanitarios que incluiría el control de alimentos. Actualmente no hay controles ni registros sanitarios para equipos y materiales biomédicos.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. Desde 1995 el Ministerio de Salud tiene un Programa Nacional de Promoción y Protección de la Salud que impulsa la participación social y la vincula a los componentes de educación y comunicación social. La influencia de este programa se hizo evidente en situaciones como la amenaza de cólera y la epidemia de dengue, así como en el desarrollo de proyectos participativos e intersectoriales como los cantones ecológicos y saludables, los centros educativos promotores de salud y los educadores comunitarios en salud.

Programas de vacunación. El programa permanente de vacunación alcanzó en 1995 coberturas nacionales superiores a 84% para todas las vacunas, aunque hay mucha disparidad en la cobertura cantonal. A partir de 1993 con las campañas de vacunación se logró mejorar la cobertura en los cantones más atrasados. En 1997 la cobertura con las tres dosis de vacuna antipoliomielítica oral era superior a 80% en 67 de los 81 cantones existentes, la cobertura con la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT) no llegaba a 88% en 72 cantones, y la cobertura con la vacuna antisarampionosa en los niños de 1 año excedía de 88% en 72 cantones. En la actualidad todos los recién nacidos en unidades médicas de la CCSS reciben la vacuna BCG y la vacuna contra la hepatitis B, lo que representa 99% de cobertura a nivel nacional.

Vigilancia epidemiológica. En 1996 se encontraban bajo vigilancia epidemiológica algunas enfermedades de notificación obligatoria y las intoxicaciones por plaguicidas. Se rea-

liza vigilancia entomológica para combatir la malaria y el dengue, y el seguimiento de la calidad del agua corre a cargo del programa especial de saneamiento básico.

La sospecha y la detección de las enfermedades o circunstancias sujetas a vigilancia epidemiológica se hacen a nivel local y la notificación mediante boleta única depende de los niveles locales del Ministerio de Salud y de la CCSS, hospitales y laboratorios. La información fluye en sentido vertical dentro de cada institución, hasta el nivel central del Ministerio. Existe poca coordinación en los niveles locales y regionales de las dos instituciones y tampoco hay suficiente capacidad y práctica de análisis de datos en estos niveles. Sin embargo, cada vez hay más capacidad de investigación operativa y de respuesta a los problemas identificados, por ejemplo, pronta respuesta a brotes epidémicos. El nivel nacional consolida los datos periódicamente y los publica en un Boletín Epidemiológico Semanal.

La capacidad diagnóstica para dengue, cólera, leptospirosis, meningitis meningocócica, sarampión y rubéola está asegurada por el laboratorio de referencia nacional. También hay capacidad para diagnóstico de hepatitis y citomegalovirus en un centro de investigación (ICMRT) vinculado a la Universidad de Luisiana, Estados Unidos de América, que ofrece servicios diagnósticos a la CCSS. El diagnóstico de malaria se concentra en el laboratorio del nivel central, aunque en 1996 comenzó a descentralizarse a algunos servicios locales de áreas prioritarias. El Departamento de Control de Sida cuenta con laboratorio de diagnóstico y de referencia para los laboratorios públicos y privados que diagnostican VIH y para los bancos de sangre. Hay capacidad diagnóstica para *Escherichia coli* y rotavirus en el Hospital Nacional de Niños.

La vigilancia de las defunciones de menores de 1 año se implantó en 1996 y la de la mortalidad materna en 1997. Se cuenta con normas e instrumentos para la investigación de cada muerte en cada establecimiento. La vigilancia de las intoxicaciones por plaguicidas se implantó experimentalmente en algunas áreas en 1995 y en 1997 se empezó a extender a todo el país.

Agua, alcantarillado y residuos sólidos. El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) está encargado por ley de diseñar y construir los sistemas de agua y alcantarillado. Además administra los sistemas de las ciudades principales, que representan más de la mitad de la población del país. La Unidad de Saneamiento Básico del Ministerio de Salud proporciona asistencia a la población rural en lo que se refiere a pozos someros y letrinización. Las municipalidades tienen la responsabilidad primaria en agua y saneamiento y muchas de ellas manejan sus sistemas independientemente de AyA. Existen también varios cientos de comités administradores de acueductos rurales, formados y capacitados por AyA.

AyA administra 141 acueductos, que cubren a aproximadamente 63% de la población. Además existen 2.214 acueductos

operados por 150 municipalidades, 1.664 comités comunales y 400 empresas privadas. El agua de estos sistemas es de calidad desconocida y no cuenta con control ni vigilancia del Ministerio de Salud.

En lo que se refiere a aguas residuales, se estima que solo se tratan antes de la descarga los efluentes de 3% de la población. El río Tárcoles recibe las aguas crudas del área metropolitana y además las aguas residuales, prácticamente sin tratar, de gran parte de las tenerías (curtiembres) e industrias de alimentación, café y textiles.

El Ministerio de Salud ha procurado elevar sustancialmente las coberturas de agua y saneamiento en el país, y a fin de que el déficit se reduzca virtualmente a cero se puso en marcha en 1993 el proyecto de Saneamiento Básico Ambiental, financiado con recursos nacionales del Instituto Mixto de Ayuda Social y el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, canalizados a través de la OPS.

Las municipalidades tienen la responsabilidad legal de resolver el problema de los residuos sólidos domésticos. La Unidad Ejecutora de Desechos Sólidos del Ministerio del Ambiente y Energía colabora con las municipalidades en este campo. También algunas empresas privadas proveen servicios urbanos de recolección y eliminación en rellenos sanitarios controlados. Los residuos sólidos hospitalarios corren a cargo de la CCSS y por el momento se envían a rellenos o basureros municipales.

En lo que hace a recolección de desechos sólidos, la cobertura llega a 62% de la población. Unas 62 municipalidades (70%) depositan sus desechos sólidos en vertederos, de los que hay 55 a cielo abierto en todo el país. Según el Plan Nacional de Manejo de Desechos, en Costa Rica se generan aproximadamente 11.764 toneladas diarias de desechos, de las que 86% corresponden a desechos agroindustriales, 13,6% a desechos ordinarios y 0,4% a desechos peligrosos (domésticos, industriales, plaguicidas, fertilizantes y hospitalarios). Estos últimos casi siempre son enviados a vertederos municipales o son quemados al aire libre, tirados o vendidos.

Prevención y control de la contaminación atmosférica. El Ministerio de Salud tiene responsabilidades de monitoreo y control de la contaminación atmosférica en general; las del Ministerio del Ambiente corresponden al ámbito de la protección ambiental. No existen normas de calidad del aire; las existentes, reguladoras de la emisión de contaminantes, fueron elaboradas para apoyar un programa de ordenamiento ambiental del área metropolitana.

Las principales medidas adoptadas por el Ministerio de Salud para reducir la emisión de contaminantes atmosféricos incluyen la instalación de equipos de control de emisiones en las principales industrias, la realización de muestreos por parte de los laboratorios especializados, la toma de muestras directamente en las chimeneas y los análisis co-

rrespondientes. El Departamento de Control Ambiental verifica la eficiencia de la remoción de contaminantes y solicita mejoras y controles en caso necesario. Por otra parte, el Ministerio de Obras Públicas y Transportes lleva a cabo, a través de la Policía de Tránsito, un programa de control de la contaminación producida por vehículos automotores, para lo cual cuenta con equipos de medición directa en el tubo de escape del vehículo. En 1994 se promulgó un reglamento de emisiones vehiculares.

En 1996 se cumplieron los ocho años que un Decreto Ejecutivo de 1988 dio como plazo para que la Refinadora Costarricense de Petróleo produjera únicamente gasolina sin plomo, que actualmente es la única que se produce.

El programa "Ecomarchamo", cuyo propósito es disminuir las emisiones de los vehículos, se encuentra bajo la jurisdicción del Ministerio de Ambiente y Energía, el Ministerio de Obras Públicas y la Policía de Tránsito. La Dirección de Saneamiento Ambiental, dependiente del Ministerio de Salud, opera una red de monitoreo de calidad atmosférica en el área metropolitana de San José. En los estudios y análisis de laboratorio ha sido muy relevante el trabajo de la Universidad Nacional, con el apoyo técnico y financiero de ProEco, una organización no gubernamental financiada con fondos suizos.

Hace ya varios años que se emitió un decreto que prohíbe fumar en los lugares públicos. Por otra parte, están en marcha programas educativos y campañas publicitarias al respecto, realizadas por la CCSS y el Ministerio de Salud. Para mejorar la calidad del aire en locales cerrados existe un reglamento de construcciones que hace referencia a la ventilación. El reglamento de seguridad e higiene del trabajo y el reglamento sobre lugares de reunión incluyen también orientaciones sobre ventilación para prevenir problemas de salud en las personas. Hay también un reglamento de uso y control del asbesto y de los productos que lo contengan, destinado a la reducción de emisiones nocivas a partir de actividades de construcción.

Seguridad alimentaria. No hay una política definida de seguridad alimentaria ni un plan de acción que articule los programas institucionales en protección de alimentos. Por ley, la competencia en la coordinación, orientación, ejecución, supervisión y evaluación de los programas recae en el Ministerio de Salud. También participan el Ministerio de Agricultura y Ganadería, por medio de los Departamentos de Sanidad Vegetal, Inspección de Carnes y Cuarentena Animal, y el Ministerio de Economía, Industria y Comercio, por medio de la Oficina Nacional de Normas y Unidades de Medida, con funciones de regulación metrológica, etiquetado y control de calidad. Todas estas instituciones cuentan con laboratorios bien equipados.

El país dispone de instrumentos técnico-normativos en materia de alimentos y el Ministerio de Salud es integrante de

la Comisión Mixta FAO/OMS del *Codex Alimentarius*. Costa Rica ha suscrito también los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio en materia sanitaria. La Universidad de Costa Rica y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud han realizado diversos estudios de productos agropecuarios frescos, en especial sobre plaguicidas, hormonas y metales pesados.

Por convenio entre el Instituto Nacional de Aprendizaje y el Ministerio de Salud se establecieron cursos permanentes de capacitación a manipuladores de alimentos con cobertura nacional. En los programas de educación básica también se incluyen los aspectos elementales del tema. La venta callejera de alimentos no constituye un problema sanitario importante, aunque está en aumento.

El Programa de Alimentación Complementaria en centros educativos tiene una amplia cobertura, sobre todo en las escuelas rurales y urbanomarginales.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) consta de un nivel central encargado de las políticas institucionales, un nivel regional conformado por siete direcciones regionales de servicios médicos y un nivel local constituido por áreas y sectores de salud. En el nivel terciario, la CCSS cuenta con tres hospitales nacionales generales y seis hospitales nacionales especializados. En el segundo nivel hay 7 hospitales regionales, 13 hospitales periféricos y 38 clínicas tipo 3 y 4 (con 3 ó 4 especialidades médicas básicas). El primer nivel está constituido por 103 clínicas, a las que se están sumando los sectores con equipos básicos de atención integral de salud y áreas de salud, así como centros y puestos de salud transferidos por el Ministerio de Salud. Cada nivel de atención está referido a un territorio determinado y los establecimientos constituyen una red de servicios claramente definida con niveles de atención dependientes del grado de complejidad y capacidad resolutoria. Está definido el sistema de envío y devolución de pacientes entre hospitales periféricos, regionales y nacionales. Las clínicas de consulta externa brindan permanentemente un servicio de transporte de pacientes hacia hospitales nacionales o regionales en caso de que las condiciones del paciente o la distancia entre establecimientos así lo ameriten.

La estrategia de fortalecer el primer nivel de atención tiene la meta de constituir 800 sectores de salud con equipos básicos de atención integral. En julio de 1996 ya funcionaban 306 sectores, con una cobertura de 1,13 millones de habitantes. Esta infraestructura está ubicada principalmente en áreas prioritarias, por su menor desarrollo socioeconómico. El Ministerio de Salud cuenta todavía con algunos centros y puestos de salud, unidades móviles médicas y odontológicas, con-

sultorios escolares odontológicos, centros de atención integral, comedores escolares y centros infantiles de nutrición y atención integral. La mayoría de estos servicios se están integrando o se integrarán próximamente en la CCSS.

Los servicios preventivos de salud oral han sido proporcionados tradicionalmente por el Ministerio de Salud a los escolares y a las mujeres embarazadas, mientras que la CCSS brinda servicios de mayor complejidad a los asegurados directos y procedimientos de menor complejidad a los dependientes. En años recientes se han creado carreras de odontología en tres universidades privadas y la atención privada ha proliferado, ofreciendo servicios de mayor complejidad que los del sector público.

El país cuenta con atención psiquiátrica en todos los hospitales nacionales, regionales y clínicas tipo IV y en algunos hospitales periféricos. El principal centro psiquiátrico es el Hospital Nacional Psiquiátrico, con 800 camas, 600 destinadas a pacientes crónicos. Otro hospital exclusivamente destinado a pacientes crónicos cuenta con 300 camas. Actualmente se intenta descentralizar la atención y favorecer que el usuario esté más cerca de su comunidad y de su familia. Se ha iniciado también un proceso de apertura y desinstitutionalización. Los problemas de farmacodependencia son atendidos ambulatoriamente por el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. Se cuenta con tres escuelas de psicología, dos de ellas privadas, una escuela estatal de trabajo social y un posgrado a nivel de especialidad en psiquiatría en la universidad estatal.

Desde 1994 hay participación formal de los mismos adolescentes en la planificación y ejecución de las actividades y proyectos correspondientes.

Los servicios de salud reproductiva, tradicionalmente a cargo del Ministerio de Salud, fueron transferidos a la CCSS para ser ejecutados en los equipos de atención básica. La Asociación Demográfica Costarricense, entidad no gubernamental con financiamiento externo, apoya los servicios de la CCSS con consultorios de planificación familiar y actividades de detección del cáncer cervicouterino y de mama.

La CCSS cuenta con un programa de atención integral al adulto mayor y un hospital especializado en geriatría. Para la formación académica de especialistas existe un posgrado en gerontología y geriatría y una maestría en gerontología en una universidad estatal.

La Lista Oficial de Medicamentos es parte integral del Formulario Terapéutico Nacional. La selección de medicamentos en la CCSS se realiza según criterios demográficos, estadísticas de morbilidad, requerimientos en programas especiales, infraestructura disponible y equipo. Se tienen también en cuenta la eficacia y la inocuidad según ensayos clínicos y los precios en el momento de realizar las compras. La CCSS dedicó en 1997 a medicamentos 7,55% de su presupuesto, en total US\$ 49,49 millones. Además de las compras a nivel central se autorizan gastos en efectivo a las unidades médicas,

generalmente hospitales. En la CCSS el gasto per cápita en medicamentos fue de US\$ 14,46 en 1989 y de US\$ 16,15 en 1997, año en que el país contaba con 161 farmacias.

El equipo médico hospitalario está muy centralizado en los tres hospitales nacionales, que poseen más de la tercera parte del total; los 13 hospitales periféricos poseen tan solo una quinta parte. Uno de cada 10 equipos en el país no está en buen estado y más de 6% se encuentran subutilizados. En general se considera que las unidades quirúrgicas y de emergencia están bien equipadas y con buenas estructuras. En cambio, en las de tratamiento intensivo a veces falta espacio. La adquisición y utilización de equipos no es coordinada.

Recursos humanos

No existen políticas claras ni programas coordinados de recursos humanos para la salud. En 1995 por cada 10.000 costarricenses había 12,7 médicos, 3,8 odontólogos, 9,6 enfermeros, 3,6 farmacéuticos, 20 auxiliares de enfermería, 0,3 ingenieros de saneamiento, 2,5 asistentes comunitarios y 0,6 nutricionistas. La docencia de las profesiones sanitarias se realiza en varios centros de enseñanza públicos y privados, universitarios y parauniversitarios. La universidad creó en 1989 la maestría en salud pública en la que se han formado principalmente funcionarios del Ministerio de Salud y la CCSS.

En cuanto a educación permanente y capacitación, las propias instituciones del sector han asumido esa responsabilidad y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social cumple un papel muy importante en la formación de recursos humanos para los servicios de salud. Desde 1995 desarrolla cursos para el personal de los niveles regionales y locales en conceptos básicos de epidemiología, gestión local de salud e informática. Desde 1989 se impulsa especialmente la formación de gerentes y administradores de servicios de salud.

El Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, que hace investigación fundamentalmente clínica, y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, en la que se desarrolla investigación relacionada con la docencia, son las instituciones que dan curso al grueso de la investigación sanitaria.

Gasto y financiamiento sectorial

El total del gasto público en salud en 1996 ascendió a US\$ 889,28 millones. En el mismo año la participación del gasto público en salud como porcentaje del PIB fue de 9,8%: 0,7% correspondió al Ministerio de Salud, 8,0% a la CCSS, 0,5% al Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, 0,4% al Instituto Nacional de Seguros y 0,2% a las muni-

cialidades. El gasto público en salud durante 1996 se distribuyó de la siguiente forma: 81,9% para la CCSS, 6,4% para el Ministerio de Salud, 5,3% para el Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados, 4,2% para el Instituto Nacional de Seguros y 2,1% para las municipalidades.

En Costa Rica el sector público ha sido el sector predominante en la financiación y prestación de los servicios de salud, tendencia que se mantiene. No se cuenta con información actualizada sobre la participación del sector privado. El último dato pertenece a una encuesta de hogares de 1987, en la que se estimó que el gasto privado en salud ascendía a US\$ 77,2 millones, que equivalían a 23% de los gastos correspondientes al Ministerio de Salud y la CCSS.

Cooperación técnica y financiera externa

La CCSS tiene un proyecto orientado a su modernización y al desarrollo de infraestructura hospitalaria, financiado por el Banco Mundial. También están en marcha proyectos de cooperación con el Banco Interamericano de Desarrollo para el fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud, el desarrollo de la rectoría del sector y la infraestructura de salud para la atención primaria. Con otros organismos del sistema de Naciones Unidas como el PNUD, el UNICEF, el FNUAP y la OPS existen programas de cooperación amplios referentes a comunidades sanas, prestación de servicios, rectoría, calidad de atención y prevención y control de la degradación ambiental.